

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Криштопов Л.Е., Коваленко А.А., Федянин С.Д.,

Шиленок А.В., Ерошкин С.Н.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Острый деструктивный панкреатит занимает первое место в структуре смертности среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Неуклонный рост заболеваемости, высокая частота внутрибрюшных и экстраабдоминальных гнойно-септических осложнений,

послеоперационная летальность, достигающая 45-60%, определяют актуальность проблемы хирургического лечения данной категории больных. В этой связи включение в комплекс традиционных лечебных мероприятий малотравматичных операций представляет большой практический интерес.

Целью исследования явилось изучение эффективности малоинвазивных вмешательств при деструктивных формах острого панкреатита и его осложнений.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты лечения 108 больных, оперированных по поводу деструктивного панкреатита и его осложнений за период с 1999 по 2008 годы в клинике госпитальной хирургии на базе ВГЦКБ. Среди них было 40 женщин и 68 мужчин. Возраст больных колебался от 19 до 90 лет. Большинство больных 62(57,4%) поступило позднее суток от начала заболевания. Панкреатогенный перитонит диагностирован в 29 случаях, оментобурсит в 33, абсцессы брюшной полости и флегмоны забрюшинного пространства в 15, разрывы и нагноения кист в 5 случаях.

Все больные были разделены на две группы. В первой оперативные вмешательства выполнялись в ранние сроки заболевания, во второй - в фазу гнойных осложнений. В первую группу вошли 53 больных, из них 25 было выполнено полостное вмешательство, 28-малоинвазивное. Полостное вмешательство включало лапаротомию, мобилизацию поджелудочной железы, холецистэктомию с дренированием холедоха или холецистостомию, дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства. Малоинвазивное вмешательство включало лечебно-диагностическую лапароскопию с дренированием брюшной полости.

Во вторую группу вошли 55 больных, из них 23 были выполнены лапаротомии и люмботомии, 32 малоинвазивные вмешательства. При лапаротомии производили санацию гнойно-некротических очагов, мобилизацию поджелудочной железы, дренирование желчевыводящих путей, сальниковой сумки и забрюшинного пространства. Малоинвазивное вмешательство включало в себя пункцию гнойных очагов, наружное дренирование кист и оментобурситов под контролем УЗИ.

Результаты и обсуждение. В первой группе больных, которым произвели полостные вмешательства, послеоперационная летальность достигла 44% (11 больных). Послеоперационный период осложнился кровотечением из язвы 12-перстной кишки в 1 случае, панкреатическим свищем в 2 случаях. Повторная санация брюшной полости потребовалась у 1 больного. Средняя длительность пребывания в стационаре до операции составила 4,4 койко-дня, в послеоперационном периоде 34,9 койко-дня. При лапароскопическом дренировании брюшной полости послеоперационная летальность составила 10,7% (3 больных). Осложнений после этих вмешательств не наблюдали. В среднем до операции больные провели 3,7 койко-дня, после операции 20,8 койко-дня.

Во второй группе у больных, которым выполняли лапаротомии и люмботомии, послеоперационная летальность составила 34,8% (8 больных). После люмботомий летальных исходов не было. Послеоперационный период осложнился образованием панкреатического свища в 2 случаях, у 1 больного сформировался кишечный свищ. Средняя длительность пребывания в стационаре до операции составила 18,4 койко-дня, после операции 40 койко-дней. После хирургических вмешательств под контролем УЗИ в 1 случае отмечен летальный

исход (3,1%). После 2 вмешательства потребовалось санационная лапаротомия. Повторные пункции выполнили в 6 случаях. В среднем до операции больные провели 17,2 койко-дня, после операции 28,3 койко-дня. Общая послеоперационная летальность двух групп больных составила 21,3%.

Выводы.

1. Выполнение полостных операций при деструктивных формах воспаления поджелудочной железы сопровождается высокими цифрами послеоперационной летальности и осложнений, а также требуют длительного пребывания больных в стационаре.

2. Применение малоинвазивных вмешательств позволяет значительно улучшить результаты хирургического лечения больных острым деструктивным панкреатитом.

Литература

1. Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И., Буневич С.З. Абдоминальный сепсис // Русский медицинский журнал -1998, №6(11). - с 697-706.
2. Лобаков А.И., Саввов А.М., Шеменева Е.Г. Чрезкожное дренирование гнойно-некротических осложнений панкреонекроза у пожилых больных //Достижения современной хирургии материалы 3-го Российского научного форума «Хирургия 2001»- Москва, 2001.-с 207-208
3. Рововой А.А., Сахно В.Д., Кижватов С.И. Хирургическая тактика при лечении панкреонекроза //Достижения современной хирургии: Материалы 3-го Российского научного форума «Хирургия 2001»- Москва, 2001.-с 272-273
4. Савельев А.С., Филимонов М.И., Буневич С.З. Хирургическое лечение распространенного панкреонекроза //Анналы хирургии -1998, №1.-с 34-39.
5. Ho H.S., Frey G.F. The role of antibiotic prophylaxis in severe acute pancreatitis //Arch Surg. 1997, №13 -с 487-493
6. Wincoll D.L. The management of severe acute necrotizing pancreatitis an evidence based review of the literature //Intensive Care Med-1999, №19 (5). -с 592-602